

## FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES / CENTROS / EQUIPOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENILES

<b>1. DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD / CENTRO / EQUIPO / PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL :</b>		
Localidad	Provincia	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
Entidad titular del dispositivo:		
<b>2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:</b>		
<b>Especialidad</b>	<b>Duración estancia formativa</b>	<b>Capacidad docente (turnos/año)</b>
Enfermería de Salud Mental		
Psicología Clínica		
Psiquiatría		
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia		
<b>3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i></b>		
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
<b>4. COBERTURA POBLACIONAL: <i>Indicar población infanto-juvenil (menor de 16 ó 18 años, según CC.AA).</i></b>		
<b>5. RECURSOS HUMANOS:</b>		Indicar número de profesionales
Especialistas en Enfermería de Salud Mental		
Especialistas en Psicología Clínica		
Especialistas en Psiquiatría		
Especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia		
Otros profesionales:		
Enfermeros/as de Cuidados Generales		
Trabajadores/as Sociales		
Otros <i>(indicar)</i> :		
<b>6. ÁREA FÍSICA: <i>Disponibilidad de Consultas, Aulas, Salas de Reuniones, Biblioteca, Otros.</i></b>		Indicar número de salas para cada especialidad
Número de consultas:	Psiquiatras	
	Psicólogos/as Clínicos	
	Enfermeros/as Especialistas en Salud Mental	
	Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	
Número de Despachos específicos Residentes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	
Número de Salas de Grupo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	
Aulas: sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	Sala Reuniones: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	

Otros recursos del área física ( <i>indicar</i> ):		
Biblioteca		
Fuentes documentales en soporte papel	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Acceso a base de datos	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>7. RECURSOS MATERIALES:</b>		
Archivo de Historias Clínicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Registro informatizado de casos y actividad asistencial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros recursos materiales ( <i>indicar</i> ):		
<b>8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES: Indicar disponibilidad de los siguientes programas:</b>		
Programa de evaluación, diagnóstico y orientación terapéutica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programas terapéuticos de seguimiento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programas psicoterapéuticos (individuales, familiares y grupales)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programa de asesoramiento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programa de apoyo y coordinación con Atención Primaria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programa de apoyo y coordinación con Servicios Sociales (generales y específicos) y otros servicios comunitarios	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programa de apoyo y coordinación con hospitalización pediátrica y con la unidad específica de hospitalización psiquiátrica juvenil.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programa de coordinación con los servicios de apoyo educativo.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programa de apoyo y coordinación con Hospital de Día de referencia.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programa de coordinación con la Administración de Justicia.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros Programas ( <i>indicar</i> ):		
<b>9. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia (Indicar población infanto-juvenil, es decir, menor de 16 ó 18 años, según CC.AA).</b>		
	Año	Año
Incidencia		
Prevalencia		
Frecuentación		
Actividad asistencial por grupos diagnósticos, según CIE-10:		
• F00-09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos		
• F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas		
• F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes		
• F30-39 Trastornos del humor (afectivos)		

## FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES / CENTROS / EQUIPOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENILES

• F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.		
• F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos		
• F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto		
• F70-79 Retraso mental		
• F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico		
• F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia		
• F99 Retraso mental sin especificación		
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>10. SESIONES CLÍNICAS:</b> <i>(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario como documentación adjunta, en el apartado de Formularios específicos del Formulario General de acreditación)</i>		
Sesiones clínicas conjuntas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sesiones clínicas específicas	Especialistas en Enfermería de Salud Mental	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Especialistas en Psicología Clínica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Especialistas en Psiquiatría	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>11. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de los profesionales implicados en la formación de la UDM</b> (durante los dos últimos años):		
Formación continuada (*)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ponencias y comunicaciones presentadas (*)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Proyectos de investigación (*)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Publicaciones (*)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros (*); <i>(seminarios, conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)</i>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha            de            de 20            .

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo:

(\*) En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse documentación adjunta.